

13. Хонелидзе Г.Б. Кошуг С.Д. Белев Н.Ф. Заболеваемость раком толстой кишки в Молдавской ССР и ее прогнозирование. *Вопр. Онкол.*, 1983 т. XXXI, №6, 5 С. 86-90.

14. Хонелидзе Г.Б, Кошуг С.Д., Белев Н.Ф. Прогноз заболеваемости раком толстой кишки населения Молдавской ССР на 2000 год.-*Здравоохр.*, 1986, №4, С.1112.

Rezumat

Articolul cercetează structura patologiei oncologice în Republica Moldova, conform anului 2009 morbiditatea este de 28,8‰ din populație. Cancerul colorectal a ocupat primele poziții în ultimii 3 ani. Numărul de cazuri noi în fiecare an continuă să crească, de la 556 de cazuri în 1999, 1029 de noi cazuri în 2009.

Dintr-o perspectivă globală, există o justificare puternică pentru concentrarea pe activitățile de prevenire a cancerului.

Summary

The research work is based on data of structure of oncological pathology in Moldova, year 2009 (source cancer register of Republic of Moldova). Morbidity is 28,8‰ of population. Colorectal cancer has been on the top of oncological structure the last 3 years. The number of new cases each year continues to rise, from 556 cases in 1999 to 1029 new cases in 2009.

From a global perspective, there is a strong justification for focusing on cancer prevention activities.

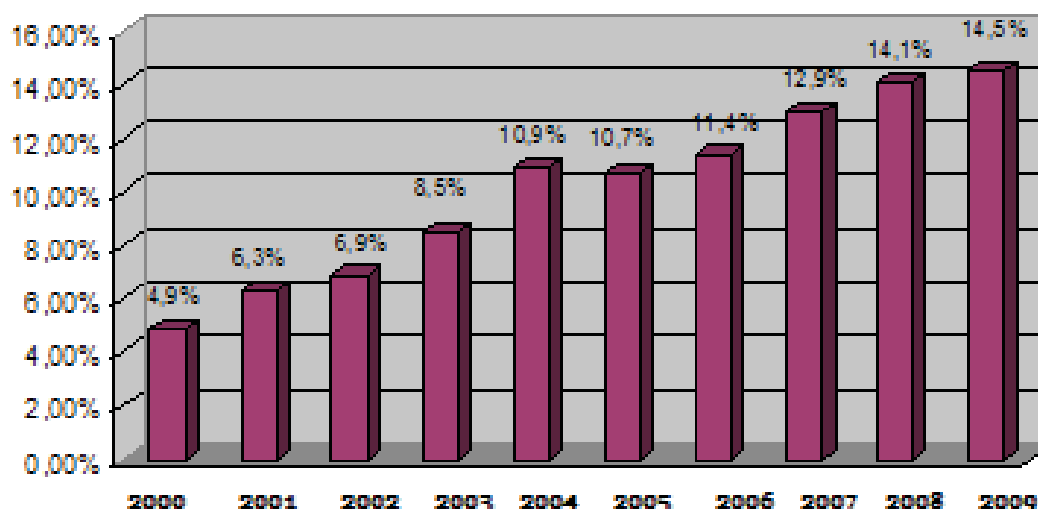
ACTUALITATEA ȘI NECESITATEA SCREENING-ULUI ÎN CANCERUL DE PROSTATĂ

Corneliu Iurcu, colaborator științific,

IMSP Institutul Oncologic, Laboratorul științific Proctourologie

Introducere. Cancerul de prostată constituie 11% din cancerele sexului masculin în Europa și este responsabil de 9% din decesele prin cancer ale bărbaților din Uniunea Europeană. În SUA este cel mai frecvent tip de cancer la bărbați, estimându-se că mai mult de 218.000 de bărbați au fost diagnosticați cu cancer de prostată în 2007, și aproximativ 27.050 de bărbați au decedat din această cauză în același an. CP afectează în special bărbații în vârstă, fiind o problemă de sănătate în țările dezvoltate, unde 15% din cancerele bărbaților sunt reprezentate de CP, spre deosebire de țările în curs de dezvoltare, unde doar 4% din cancerele bărbatului este CP. În China și Japonia se înregistrează cea mai mică incidență – 4/100.000, pe când în SUA acest indice este de 124/100.000. În fostele republici ale Uniunii Sovietice, de ex., în Rusia, acest indice este de 15,6/100.000, iar în Belarusia, de 22,3/100.000 populație.

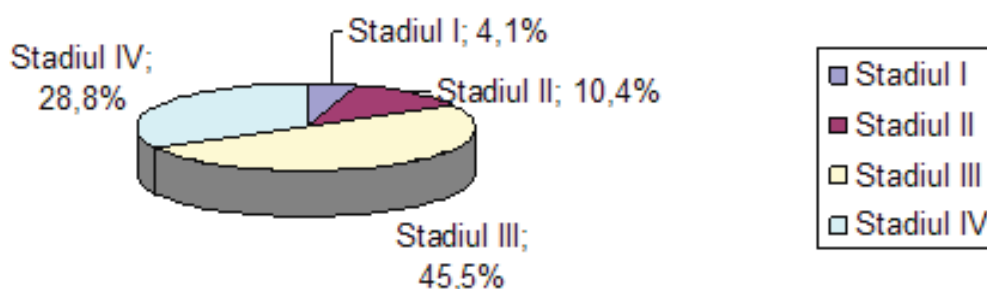
Conform datelor Cancer Registrului IO din Republica Moldova, în ultimii zece ani, au fost înregistrați următorii indici ai morbidității:



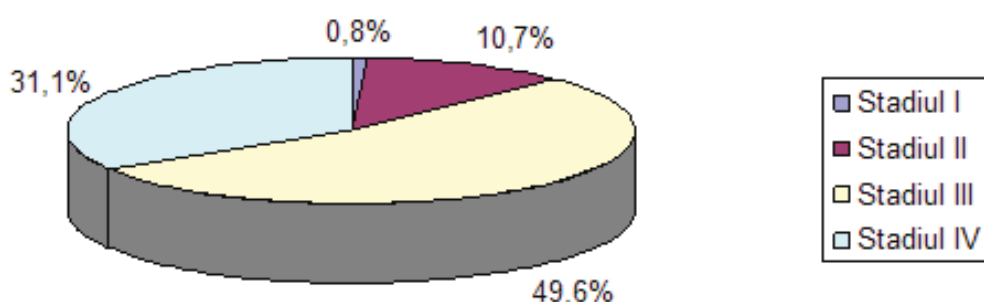
Din diagrama de mai sus se poate constata că, pe parcursul acestor ani, morbiditatea cancerului de prostată a crescut vădit, de la 4,9‰, în 2000, până la 14,5‰, în anul 2009. Această creștere este determinată de mai mulți factori și, nu în ultimul rând, monitorizarea în ultimii ani, în țara noastră a markerului PSA.

Scopul lucrării. Aprecierea indicilor morbidității și mortalității prin cancer de prostată în ultimii zece ani în RM și crearea unui algoritm de diagnostic precoce.

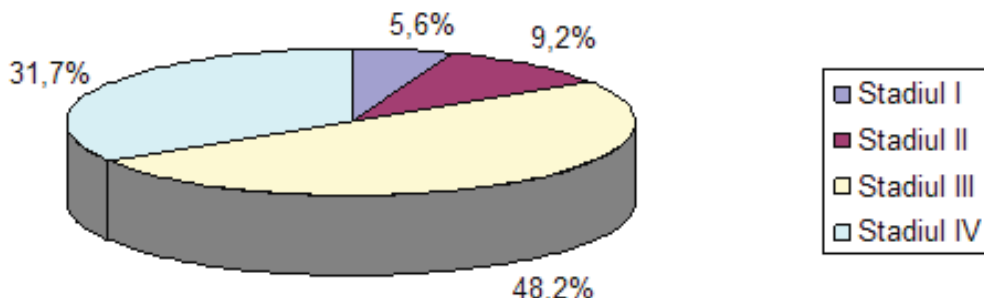
Materiale și metode. Studiul a fost efectuat conform datelor Cancer Registrului Institutului Oncologic din Republica Moldova, pe parcursul anilor 2000-2009. În anul 2000, au fost înregistrate 85 de cazuri noi de cancer de prostată. În anul 2007, au fost înregistrate 222 de cazuri noi, dintre care repartizarea pe stadii este prezentată în schema de mai jos:



În anul 2008, au fost înregistrate 242 de cazuri noi de cancer de prostată, dintre care repartizarea pe stadii este următoarea:



Iar în anul 2009, au fost înregistrate 249 de cazuri noi de cancer de prostată, respectiv:



Din cele prezentate mai sus, se determină o prevalență a cazurilor de cancer de prostată în stadiile avansate ale bolii, ceea ce determină și o creștere a mortalității populației masculine prin această boală de la 4,1‰, în 2000, până la 8,1‰, în anul 2009.

Totodată, în ultimii ani, putem confirma o creștere a incidenței prin cancer de prostată în stadii incipiente ale bolii, care se datorează prin determinarea pe scară largă a PSA.

Discuții

1. PSA este o glicoproteină cu activitate de serin protează produsă în principal de celulele epiteliale situate de-a lungul acinilor și ductelor glandei prostatice. PSA este secretat în lumenul ductelor prostatice și este prezent în concentrații mari în lichidul seminal. Concentrațiile plasmatice sunt, în mod normal, reduse, dar pot crește în prezența unor condiții ce afectează structura sau funcția glandei prostatice (inflamație, infecție, hiperplazie, cancer primar sau metastatic). De asemenea, valorile PSA cresc în mod fiziologic odată cu vârsta sau temporar, după ejaculare. PSA poate avea valori mai mici decât cele reale, ajungând până la înjumătățirea valorilor, în cursul tratamentului cu inhibitori de 5 alfa reductază. Androgenii sunt regulatorii expresiei genei PSA.

Raportat pentru prima dată în 1979, PSA a revoluționat diagnosticul CP. În 1986, FDA a aprobat, în SUA, folosirea acestui test în monitorizarea pacienților diagnosticați cu CP, iar din 1994, folosirea lui ca metodă de diagnostic al CP la bărbații peste 50 de ani. Utilizarea PSA s-a extins pe scară largă în anii '90. O valoare a PSA de peste 4 ng/ml necesită investigații suplimentare. În studiile pe pacienți cu CP, aproape 75% au nivelul PSA peste 4 ng/ml. Acest lucru înseamnă că 20 până la 30% dintre tumori nu vor fi diagnosticate, când PSA este singurul marker folosit.

Valoarea PSA între 4 și 10 ng/ml, denumită și zona „gri”, este asociată cu o creștere a riscului de CP localizat de 1,5 până la 3 ori și a celui extracapsular de 3 până la 5 ori. Aproximativ 50% din CP asociate cu PSA între aceste valori nu sunt limitate la organ. Nivelurile PSA de peste 10 ng/ml sporește riscul de tumoare extracapsulară.

Deoarece PSA este un marker organospecific, acest test are și o rată a valorilor fals-pozitive. Inițial, 8 până la 15% dintre bărbați vor avea PSA >4 ng/ml și 11 până la 22% dintre ei (1,5-4,1% din populația supusă screening-ului) va avea biopsia prostatică pozitivă. Datele actuale sugerează ca PSA-ul nu are o specificitate mai mare de 90%. În American Cancer Society – National Prostate Cancer Detection Project, 13% din determinările anuale ale PSA sunt peste 4 ng/ml, cu o sensibilitate de 70% și specificitate de 90%. Limita inferioară a nivelului PSA ce impune o biopsie prostatică este controversată. Deși în cele mai multe studii aceasta este de 4 ng/ml, la bărbații între 50 și 66 de ani, rata de detecție a CP a fost de 13,2% pentru nivelul PSA, cuprins între 3 și 4 ng/ml.

Pentru îmbunătățirea specificității PSA în diagnosticul precoce și monitorizarea pacienților cu CP, au fost introduși și alți indici ai PSA seric:

- forme moleculare ale PSA: pacienții cu CP au niveluri mai mici procentuale de free-PSA decât cei cu BPH. Oesterling a arătat specificitatea crescută a free-PSA);

- indicele de viteză PSA (PSA velocity): se referă la viteza de creștere a nivelului PSA seric. Un nivel al vitezii de peste 0,75 ng/ml/an semnifică un risc crescut de dezvoltare a CP. Un studiu realizat de Mettlin și colab. a raportat o sensibilitate și specificitate de 72%, respectiv 90%, pentru indicele de viteză al PSA, față de 78% sensibilitate și 60% specificitate pentru creșterea PSA ca variabilă independentă;

- niveluri de referință ale PSA corelate cu vârsta (age adjusted PSA): Oesterling a publicat în 1993 nivelurile normale ale PSA corelate cu vârsta;

- densitatea PSA (PSA Density): se referă la raportul între nivelul PSA și volumul prostatei. Valoarea PSA crește aproximativ cu 0,12ng/ml per gram de țesut BPH; valoarea acestui indice este controversată.

2. Tușeul Rectal. Majoritatea CP sunt localizate în zona periferică a glandei și pot fi detectate prin TR, când volumul leziunii este de peste 0,2 ml. Riscul ca o leziune depistată la TR să fie CP este dependent și de nivelul PSA. În studiile populaționale pe bază de voluntari, TR are o valoare predictivă pozitivă între 15 și 29% și o rată de detecție a CP între 1,5 și 2,2%. În ciuda limitărilor TR, acest test poate detecta cancere apărute la indivizi cu valori normale ale PSA-ului. În era pre-PSA, aproximativ 40% dintre bărbații cu probabilitate de CP la TR aveau diagnosticul confirmat în urma examenului histopatologic.

3. Ecografia abdominală (transrectală) este o investigație utilă în diagnosticul precoce al CP, completând determinarea nivelului seric al PSA și tactul rectal. Ecografia transrectală este, în general, rezervată examinărilor ulterioare la pacienții cu rezultate anormale ale PSA-ului sau la cei cu leziuni suspecte la tușeul rectal și în realizarea biopsiilor prostatice. Imaginea clasică a nodulului hipoecogen situat în zona periferică a prostatei nu este întotdeauna prezentă. Ellis și colaboratorii au observat că 37,6% din cancerele diagnosticate de ei apăreau ecografic ca zone izocogene. De asemenea, ea determină simetria, volumul prostatic cu mai multă precizie, fiind utilă în modularea tratamentului.

ACS (American Cancer Society) și AUA (American Urological Association) recomandă utilizarea PSA și TR anuală, la bărbații cu vârsta de peste 50 de ani și cu speranța de viață de minimum 10 ani. Bărbații cu risc crescut, cum ar fi cei din rasa neagră și cei cu rude de gradul întâi cu CP, ar trebui monitorizați de la 45 de ani. Cei cu risc și mai mare (care au mai multe rude de gradul întâi diagnosticate cu CP până la vârsta de 65 de ani) ar putea fi monitorizați de la 40 de ani.

4. Examenul histopatologic. Diagnosticul de certitudine rămâne examenul histopatologic, care pune în evidență prezența leziunilor tumorale maligne în fragmentele de țesut prostatic obținute intraoperator sau prin biopsie prostatică. Puncția biopsie prostatică ecoghidată transrectal a devenit modalitatea standard de obținere a materialului pentru examenul histopatologic. Pot fi prelevate fragmente multiple cu risc redus de complicații septice, dacă folosim profilaxia cu antibiotice. Numărul de fragmente necesare pentru detecția optimă a CP este încă un subiect în discuție, dar se consideră că fragmentele obținute prin tehnica biopsiei sextante sunt suficiente pentru diagnostic, iar în situațiile incerte se recoltează de la 6 până la 10 sau mai multe fragmente

Concluzii

1. Utilizarea metodelor de diagnostic precoce/screening pentru cancerul de prostată ar duce la creșterea numărului de pacienți cu indicație de tratament radical, iar supraviețuirea, atunci când tumoarea este diagnosticată în faza incipientă, este net superioară față de cazurile diagnosticate în stadii tardive. Principalele metode pentru diagnosticul și monitorizarea patologiei prostatice, inclusiv CP sunt: antigenul specific prostatic (PSA) și tușeul rectal (TR), completate cu ecografia de aparat urinar, ca urmare a puncției prostatei pentru confirmarea histopatologică.

2. Odată cu implementarea pe scară largă a determinării PSA, se înregistrează o creștere a morbidității prin cancer de prostată, de asemenea, și o creștere a numărului de bolnavi diagnosticați în stadii incipiente ale bolii.

Referințe bibliografice

1. Crișan N., Coman I., /Beneficiile adevărate ale screeningului pentru cancer prostatic/ Revista Română de Urologie, vol 6, nr 4, 2007, pag. 60-62.
2. Angheluș A., Berechet M. și coaut. /Puncția de prostată ca valoare diagnostică și supraveghere a pacienților cu cancer de prostată/ Revista Română de Urologie, vol 8, nr. 1, 2009, pag. 39-45.
3. Geovlete P., Cauni V., Muțescu R. și coaut. /Valoarea ecografiei cu reconstrucție tridimensională în diagnosticul cancerului de prostată/ Revista Română de Urologie, vol 8, 2009, pag. 35-39.
4. Sinescu I. Urologie clinică. București 2003, pag. 255-265.
5. Бухаркин Б.В. Рак предстательной железы. Материалы научно-практической конференции, Москва 2003.
6. Воробьев Н. В. Скрининг мужского населения, стандартное обследование пациентов, классификация рака предстательной железы. Практическая онкология №2 (6), 2001, стр. 8 – 15.
7. Воробьев Н.В., Алексеев Б.Я. и соавт. Комплексный анализ факторов прогноза у больных локализованным и местно-распространенным раком предстательной железы. Онкоурология №1, 2009, стр. 56 – 62.
8. Лопаткин А.А. Руководство по урологии. Том 3. Москва, 1998.
9. Матвеев Б.П., Бухаркин Б.В. и соавт. Рак предстательной железы. Москва, 1999.

Rezumat

Conform datelor Cancer Registrului IO din Republica Moldova, în ultimii zece ani morbiditatea cancerului de prostată a crescut vădit, de la 4,9‰, în 2000, până la 14,5‰, în anul 2009. Această creștere este determinată de mai mulți factori și, nu în ultimul rând, de monitorizarea în ultimii ani, în țara noastră, a markerului PSA.

Summary

In the last 10 years there has been an increasing morbidity and mortality for prostate cancer. This rise is due to improved diagnosis in urology. In particular – promotion of PSA test in our country, which is a good method for early detection of prostate cancer.

METODELE DE PROFILAXIE A RECIDIVĂRII CANCERULUI SUPERFICIAL (NEINVAZIV) AL VEZICII URINARE

Andrei Tripac

IMSP Institutul Oncologic

Chimioterapia intravezicală și imunoterapia cancerului de vezică urinară. În Moldova, CVU localizat se depistează în aproximativ 50% din cazuri [11]. Ținând cont de manifestarea activă a tumorii (aproximativ 20% dintre pacienți observă simptome de cistită, 85% se adresează primar cu hematurie), această cifră este extrem de scăzută. În Europa, procesul superficial este depistat în 70-75% din cazuri, ceea ce indică gradul de instruire a societății și vigilența oncologică în practica generală a medicilor [12]. Majoritatea formelor histologice ale CVU (mai mult de 90%) sunt prezentate de cancerul urotelial. În funcție de gradul de diferențiere, tumorile se divizează în tumori cu grad înalt de diferențiere, moderat și scăzut (G1, G2, G3) [13].

Ținând cont de faptul, că majoritatea recidivelor sunt identificate pe parcursul primului an de supraveghere și fiecare tumoare ulterioară recurentă are un mare potențial de a reduce diferențierea și invazia în stratul muscular, a apărut necesitatea efectuării tratamentului suplimentar. Cercetătorii au demonstrat, că tumorile papilare noninvazive, cu grad înalt de diferențiere (pTA), au un potențial mai scăzut de progresie, decât tumorile cu grad scăzut de diferențiere, cu invazie în țesutul muscular subepitelial (pT1). Probabilitatea invaziei musculare este de 2 ori mai redusă în cazul tumorii pTa, decât în cazul tumorii pT1 și constituie 9% și 18%, respectiv. Gradul de diferențiere este, de asemenea, o caracteristică foarte importantă a tumorii. S-a demonstrat că tumorile G1 progresează în 6% din cazuri, în timp ce potențialul de progresare a tumorilor G2 e mai mare de 5 ori și constituie 30% [14]. În cazul supravegherii pacienților pe parcursul a 20 de ani, riscul de progresare a pTaG1 și pT1G3 a fost și mai mare – 14% și, respectiv, 45%, cu toate că recidivele s-au identificat în circa 50% din cazuri, indiferent de gradul de malignitate al tumorilor [15].

CVU superficial de tip Tis se depistează în 2-5% din investigații. Potrivit afirmațiilor lui D.L. Laam, acest tip de tumoare, clinic, poate fi divizat în 3 tipuri [16]. Primul tip se caracterizează prin agresivitate nesemnificativă și este reprezentat de un singur focar tumoral. Al doilea tip este reprezentat de mai multe focare tumorale, însă sunt prezente și simptomele de cistită. Al treilea tip de Tis se asociază cu alte tumori intravezicale, fapt care duce la sporirea procentului de recurență, a progresiei și a mortalității în rezultatul CVU. Riscul progresării după RTU a vezicii urinare în timpul tratamentului Tis de tipul doi constituie 54 %.